

La cystostomie continente doit-elle être toujours associée à une entérocystoplastie d'agrandissement ?

Arguments contre

Camille Le Roy

Docteur Junior Médecine Physique et Réadaptation Neurologique

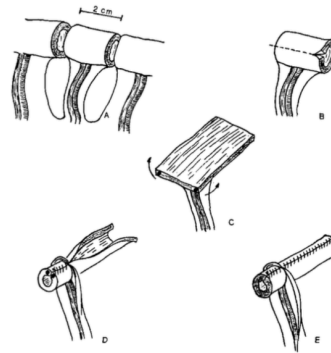
Débat GENULF 23/06/2023

Introduction - Dérivation urinaire cutanée continent (DUCC)

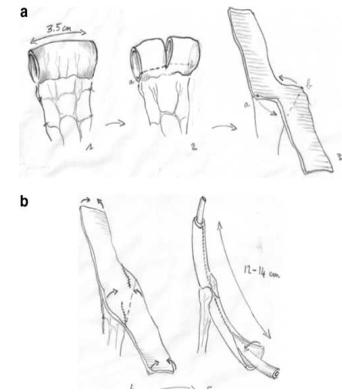
Patients neurologiques avec impossibilité de sondage par l'urètre



Mitrofanoff



Yang-Monti



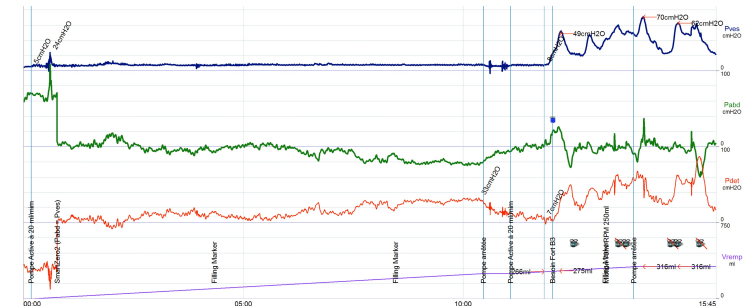
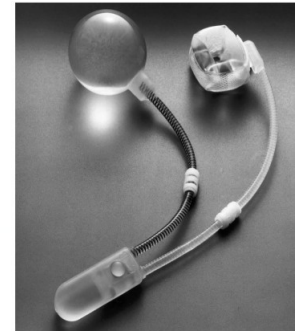
Casale



Introduction - Sélection des patients



- Evaluation capacité sondage
- Evaluation chirurgie concomitante nécessaire
 - Continence urétrale ?
 - Fronde aponévrotique, sphincter artificiel...
 - Hyperactivité détrusorienne réfractaire ?
Dyssynergie ? Trouble de la compliance ?
 - Cystectomie supratrigonale avec entérocytoplastie d'agrandissement



Partie 1

La cystostomie continente doit-elle être toujours associée à une entérocystoplastie d'agrandissement ?

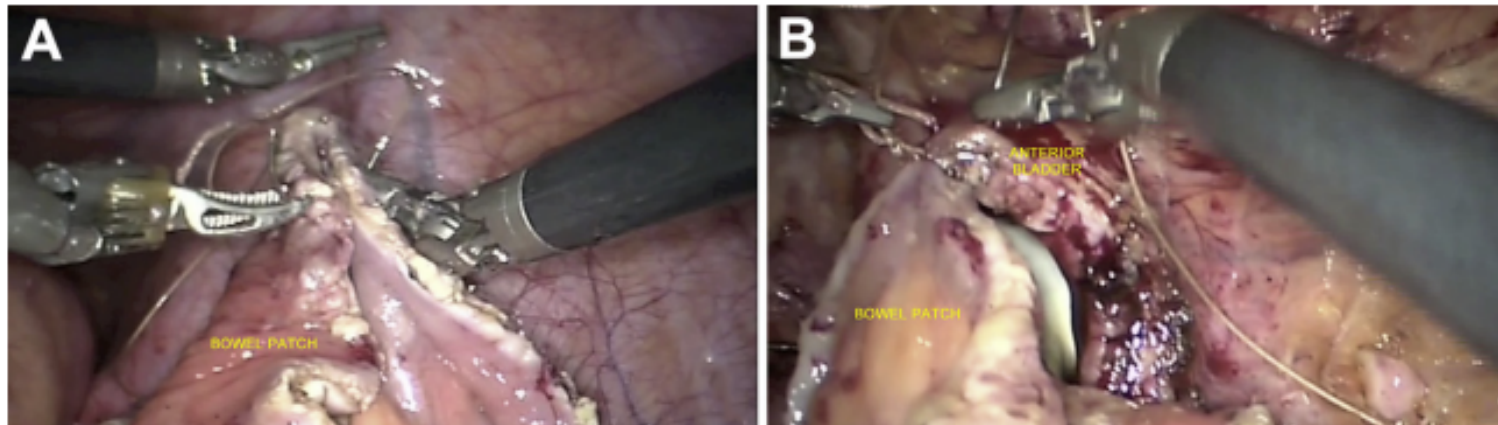
Arguments contre

Non indication à agrandir

- Vessie acontractile
- Vessie parfaitement inactivée avec
 - Anticholinergiques
 - Dose minimale efficace
 - Toxine botulique intradétrusorienne
 - Délai adapté à la réponse urodynamique et clinique
- **Evaluation préopératoire exhaustive**
 - Effets secondaires thérapeutique actuelle
 - Anticoagulation curative/ Antiagrégation plaquettaire (Clopidogrel)
- **Intérêt du mode mictionnel antérieur**

Durée opératoire

- DUCC + entérocystoplastie d'agrandissement
 - Coelioscopie robot assistée ou laparotomie
- Intervention longue (+2 à 3h)










Morbidité significative

- Lithiases vésicales
 - 7-10%
- Rupture entérocytoplastie
 - Hoen et al. 5/258 1,9% (>1 an post opératoire pour 4)
 - Perrouin-Verbe et al. 1/28
- Cancer
 - Hoen et al. 1/178
 - Perrouin-Verbe et al; 1/28
 - Biardeau et al. 0-5,5%
- Troubles digestifs
 - 15-21,5%



Complications- Diarrhée chronique

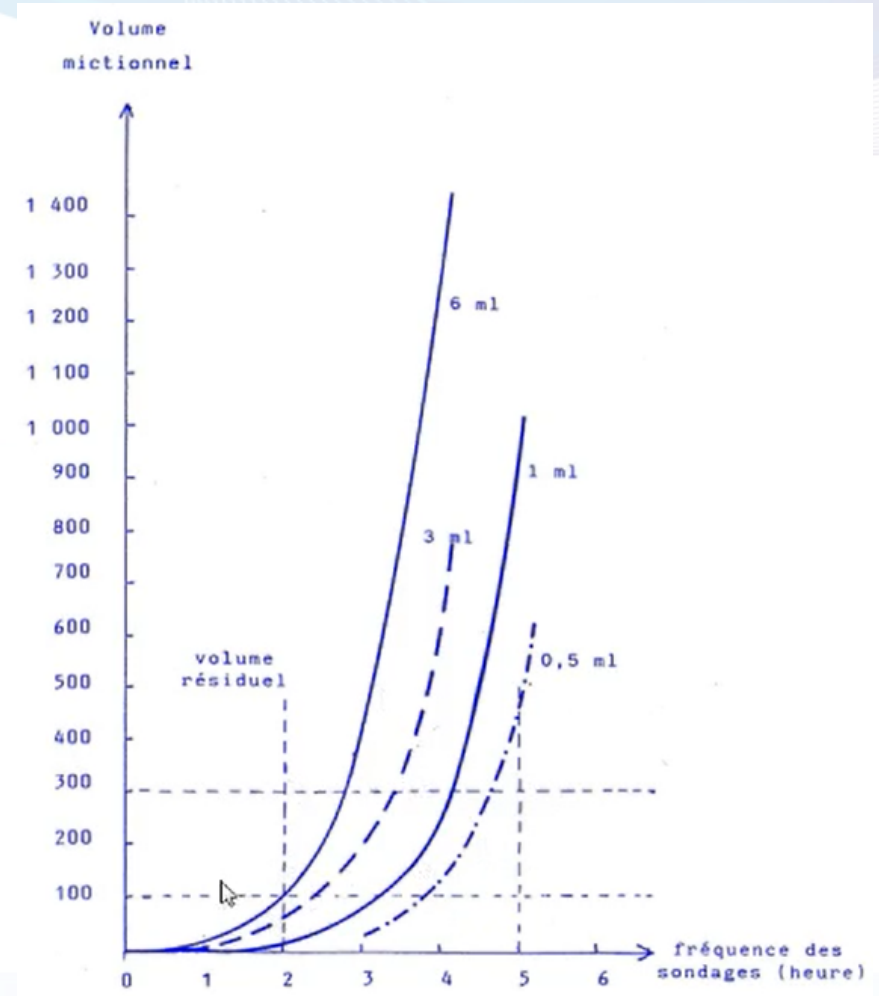
- Questionnaire réalisé sur le CHU de Nantes
 - 31 patients
 - Pathologie neurologique (lésion médullaire n=22)
 - Entérocystoplastie d'agrandissement entre 2014 et 2022
 - 64% de modification du transit dont 65% une accélération de leur transit
 - 71% troubles digestifs non passagers pour d'entre eux
 - 25,81% des patients interrogés pas du tout satisfaits de la gestion de leur transit suite à cette intervention

Type 1	
Type 2	
Type 3	
Type 4	
Type 5	
Type 6	
Type 7	

Entérocytoplastie et diminution du nombre de sondages?

- Accumulation mucus
- Risque rupture entérocytoplastie
- Infection urinaire
 - Prévention par clairance bactérienne régulière nécessaire

→ Poursuite sondage intermittents propres toute les 4 heures < 400 ml de volume





Partie 2

Dérivations urinaires cutanées continentes chez le patient neurologique : résultats fonctionnels et morbidités

Méthodes

- Evaluer les résultats fonctionnels, le taux de complication et réintervention, ainsi que la qualité de vie

• Type d'étude

- Monocentrique
- Observationnelle
- Rétrospective

• Population

- Patients **neurologiques**
- DUCC entre 2004 et 2021
- Equipe urologique adulte CHU Nantes

• Critères d'exclusion

- DUCC < 6 mois
- Absence de pathologie neurologique
- Opération initiale par équipe de chirurgie infantile ou hors CHU de Nantes

Résultats – Population d'étude

157 patients opérés d'une DUCC entre janvier 2004 et septembre 2021

86 patients inclus

Femme		56 (65,1%)
Age (médiane, EI)		48,50 (33,25-59)
IMC (médiane, EI)		24 (20-30)
Chirurgie pelvienne (%)	Entérocystoplastie	4 (4,7%)
	Appendicectomie	26 (30,2%)
	Sphincter artificiel	6 (19,4%)
	Hystérectomie	4 (12,9%)
	Autre	21 (67,7%)
Pathologie neurologique (%)	Lésion médullaire	61 (70,9%)
	Spina Bifida	11 (12,8%)
	SEP	10 (11,6%)
	Autres	4 (4,7%)
Durée d'évolution en mois (médiane, EI)		159 (30-264)

Résultats – Données préopératoires

Mode mictionnel	ASIP	16 (18,6%)
	Réflexe/percussion	7 (8,1%)
	Spontanée, volontaire	2 (2,3%)
	HSIP	30 (34,9%)
	Drainage continu	23 (26,7%)
	Poussées abdominales/crédié	8 (9,3%)
Dysfonction vésicale	Hyperactivité détrusorienne	58 (67,4%)
	Trouble de la compliance	7 (8,1%)
	Vessie acontractile	13 (15,1%)

Indication DUCC (%)	Fonctionnelle (total %)	66 (76,7%)
	Troubles de la préhension	27 (40,9%)
	Troubles de la coordination	7 (10,6%)
	Impossibilité d'atteindre le méat	22 (33,3%)
	Difficultés transferts/ déshabillage	5 (7,6%)
	Faciliter les HSIP	4 (6,1%)
	Organique (total %)	20 (23,3%)
	Douleur urétrale	4 (20%)
	Sténose	3 (15%)
	Fausse route	5 (25%)
	Fistule uréthro-périnéale	3 (15%)
	Destruction urétrale	4 (20%)
	Hypertonie sphinctérienne	1 (5%)

Résultats – Données peropératoires

Voie d'abord chirurgical	Laparotomie	76 (88,4%)
	Coelioscopie robot assistée	10 (11,6%)
Type tube	Mitrofanoff	56 (65,1%)
	Monti	27 (31,4%)
	Casale	3 (3,5%)
Siège de la stomie	Ombilic	82 (95,3%)
	Fosse iliaque droite	4 (4,7%)
Durée intervention en min (médiane, EI)		225 (177-297,5)
Entérocystoplastie concomitante		21 (24,4%)
Indication	Trouble de la compliance	14 (70%)
	Echappement toxine	4 (20%)
Chirurgie continence concomitante		13 (15,1%)

Résultats – Données fonctionnelles

Durée médiane de suivi 76,5 mois (EI 31-143,3) soit environ 6,4 ans

		<u>En préopératoire</u>	<u>Aux dernières nouvelles</u>
Poursuite sondage par la stomie	Population totale		74/85 (87,1%)
Contenance stomiale			73/79 (92,4%)
Contenance urétrale	Population questionnaire		43/43 (100%)
Traitement vessie neurologique	Total	47/79 (59,5%)	50/79 (63,3%)
	Anticholinergiques seul	34	29
	Botox seul	0	1
	Anticholinergiques + Botox	13	20
	Réponse pharmacologique	37/47 (78,7%)	44/49 (89,8%)

Critères réponse pharmacologique

- Clinique
- Urodynamique
 - Pdetmax <40 cmH2O
 - Capacité vésicale 400 ml
 - Compliance > 20
- Efficacité ≥ 4 mois si toxine

Résultats – Données fonctionnelles

	<u>En préopératoire</u>	<u>Aux dernières nouvelles</u>	<u>p</u>
Entérocystoplastie secondaire (%)		5 (5,8%)	
Délai chirurgie en mois (médiane, EI)		86 (69-114)	
Bricker secondaire (%)		7 (8,1%)	
Délai chirurgie en mois (médiane, EI)		84 (52,5- 98)	
Paramètres urodynamiques			
Compliance en ml/cmH20 (médiane, EI)	33 (24-50)	40 (22,5-73)	0,09286
Capacité vésicale en ml (médiane, EI)	340 (250-500)	350(300-485,5)	0,4513
Pression maximale détrusorienne en cm H20 (médiane, EI)	27 (19-40)	21 (13-33)	0,01358
Pression de clôture urétrale maximale en cm H20 (médiane, EI)	51,5 (40-83,5)	39 (26-72,75)	0,01281

- **91,5% satisfaits à très satisfaits**
- **PGI-I : 83% beaucoup mieux à énormément mieux**

Résultats – Complications

Précoces

- 39,5% (n=34) ≥1 complication précoce

Liés au tube

- Sténose stomiale ou du tube 29% (n=25)

Tardives liées à l'entérocytoplastie

- n=4 (19%)
- 3 lithiases vésicales (2 chirurgies nécessaires)
 - Délai médian 137 mois
- 1 cancer de néovessie
 - Dérivation non continente 97 mois

65,1% (n=56) ≥1 réintervention tous types confondus

Conclusion

DUCC et Entérocystoplastie d'agrandissement : pas tout le temps !

- Taux de complication non négligeable de l'entérocystoplastie
- Prise en charge vessie neurologique : enjeu majeur
 - Choix du mode mictionnel
 - Suivi précoce et régulier
- Discussion pluridisciplinaire

Remerciements

- Service MPR Neuro CHU Nantes
 - Pr Brigitte Perrouin-Verbe
 - Dr Marc Le Fort
 - Dr Chloé Lefèvre
 - Dr Laure Lepoittevin
 - Dr Bénédicte Reiss
- Service d'Urologie Adulte CHU Nantes
 - Dr Marie-Aimée Perrouin-Verbe
 - Pr Jérôme Rigaud
 - Pr Georges Karam

Discussion – Caractéristiques per-opératoires études DUCC

Etude (1er auteur, année)	Nombre de patients	Type de tube efférent				Localisation stomie	Chirurgie concomitante	
		Mitrofanoff	Monti	Casale	Autre		Entérocystoplastie d'agrandissement ou poche	Chirurgie urétrale
Série actuelle	86	56 (65,1%)	27 (31,4%)	3 (3,5%)	0	82 (95,3%) Ombilic 4 (4,7%) Fosse iliaque droite	21 (24,4%) entérocystoplasties	13 (15,1%) : 8 frondes aponévrotiques 3 sphincters artificiels 2 colposuspensions de type Burch
Paturel, 2021	19	12 (63%)	6 (32%)	0	0	NC	13 (68%) entérocystoplasties	3 (15,8%) 1 sphincter artificiel, 1 fermeture du col vésical, 1 colposuspension de type Burch
Arber, 2019	53	25 (47%)	13 (25%)	12 (22%)	3 (6%) poche Miami, Mayence et Indiana	NC	34 (64,2%) entérocystoplasties	17 (32,1%)
Lam Van Ba, 2017	53	30 (56,6%)	1 (1,9%)	0	1 (1,9%) Iléocystoplasties hemi-Kock	43 (81,1%) Ombilic	53 (100%) entérocystoplasties	3 (5,7%) 2 fermetures du col vésical, 1 réimplantation urétrale
Phé, 2016	213	54	38	15	12 poches Kock 5 poches en T 5 Benckroun 23 poches individuelles		151 (78,2%) entérocystoplasties 41 (21,2%) poches d'Indiana	45 (23,3%) frondes aponévrotiques, sphincters artificiels, fermetures du col vésical

Résultats – Complications

Précoces

- 39,5% (n=34) ≥ 1 complication précoce
- 10,5% (n=9) 2 complications précoces
- **72,1% (n=31) Clavien \leq IIIa**

Tardives

- 29% (n=25) sténoses stomiales ou du tube
- 19% (n=4) complications liées à l'entérocystoplastie
- 38,4% (n=33) ≥ 1 réintervention complication tardive
- Délai médian réintervention : 15 mois

65,1% (n=56) ≥ 1 réintervention tous types confondus

Résultats clé

Suivi médian 6,4 ans

- **Poursuite sondage 87,1% (n=74)**
- **Continence**
 - Stomiale 92,4% (n=73)
 - Urétrale 100%
- **91,5% de satisfaction**

- **Entérocystoplastie**
 - **Concomitante 24,4 % (n=21)**
 - **Secondaire 5,8% (n=5)**
- **Sténose stomiale ou du tube 29% (n=25)**
- **65,1% (n=56) ≥1 réintervention**